

THIARA DE FÁTIMA XAVIER OLIVEIRA

**BAIXO PESO AO NASCER NO DISTRITO FEDERAL EM 2013:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Monografia em forma de artigo apresentada como requisito para conclusão do curso de graduação de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília - UniCeub.

Orientadora: MSc Gilmara Lima Nascimento

BRASÍLIA - DF
2016

Baixo peso ao nascer no Distrito Federal em 2013: prevalência e fatores associados

RESUMO

O baixo peso ao nascer é um fator relevante para a morbi-mortalidade infantil até os primeiros cinco anos de vida. Foi realizado um estudo com o objetivo de estabelecer a prevalência de baixo peso ao nascer no Distrito Federal (DF) em 2013, bem como pesquisar possíveis fatores associados. O estudo foi do tipo transversal analítico, a prevalência foi expressa em proporção e análise da associação foi observada por meio da Razão de Chances (OR) e do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). A prevalência de baixo peso ao nascer encontrada foi de 5,4%. As variáveis nascimentos em unidade privada (OR 1,11; IC 95% 0,59-2,08), menos de sete consultas de pré-natal (1,71; 0,94-3,12), Apgar no primeiro minuto (12,55; 3,49-45,07), apgar quinto minuto (12,55; 3,49-45,07%) e raça/cor (1,21; 0,66-2,22) estiveram positivamente associadas ao baixo peso. Entretanto, apenas o Apgar no primeiro e quinto minuto foram estatisticamente significativos. Conclui-se que a prevalência de baixo peso ao nascer do DF foi menor do que a observada em outros locais do Brasil. É necessário estudos complementares, com análises multivariadas, para melhor verificação dos fatores associados ao baixo peso ao nascer no DF.

Palavras chave: Baixo peso ao nascer; Prevalência; Estudos transversais; Fatores associados.

The low birth weight in Brazilian Federal District in 2013: prevalence and associate factors

ABSTRACT

The low birth weight is a relevant factor that contributes to the morbidity and infantile mortality up to the first five years of live. It was conducted a study with the objective of establishing the prevalence of low birth weight in the Distrito Federal (DF) in 2013, and search for possible variables associated to the event. The study was an transversal and analytic. The prevalence was shown in proportion and the analysis of the associations was done based on the Odds Ration and the Confidence Interval of 95%. The prevalence of low birth weight was 5,4%. The variables private heath care facility (OR 1.1; CI 0.59-2.08), less than seven antenatal care consultations (OR 1,71; 0.94-3.12), APGAR in the first minute of life (12; 3.49-45.07), APGAR in the fifth minute (12.55; 3.49-45.07) and race (1.21; 0.66-2.22) were positively associated with the low birth weight. However, only the APGAR in the first and fifth minutes were statically significant. The conclusion was that the prevalence of low birth weight in the DF was lower than the observed in other localities of Brazil. Is necessary other complementary studies, with multivariable analyses, for better understanding of the associated factors with low birth weight in the DF.

Key words: Low birth weight; Prevalence; Transversal studies; Associated factors.

1. INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde, o peso do recém-nascido é classificado como: recém-nascido com peso adequado - igual ou superior à 2.500 gramas e com baixo peso inferior à 2.500 gramas, independente da idade gestacional. Recém-nascido com peso inferior à 1.500 gramas são considerados de muito baixo peso (ANDRADE; CASTLHO, 2008).

O baixo peso ao nascer é um fator relevante para a o componente neonatal e pós-neonatal da mortalidade infantil, bem como para a morbi-mortalidade até os primeiros cinco anos de vida. O risco de morte é muito elevado, não somente entre as crianças que nascem com menos de 1.500 gramas, como também entre aquelas que nascem com peso entre 1.500 gramas a 2.499 gramas (COIMBRA et al., 2002).

Devido a qualidade dos serviços prestados, a melhoria tecnológica na assistência médica e ao acesso aos serviços de saúde, em algumas regiões observou-se um certo adiamento da mortalidade de recém-nascidos com peso menor que 1.500 gramas. Estes seriam casos de natimortos, o que contribuiu para mortalidade neonatal precoce, ocorrendo no período entre 0 à 6 dias de vida. Apesar dos benefícios observados com os avanços na assistência à saúde da mulher, tal avanço, a partir dos achados de alguns estudos, pode estar associado ao aumento de número de recém-nascidos vivos com baixo peso (BEZERRA et al., 2006).

Para a classificação do peso ao nascer a curva de Lubchenco é a mais utilizada e classifica o peso adequado de acordo com a idade gestacional. Em tal classificação, os recém-nascidos podem ter peso adequado para a idade gestacional (AIG), que são os recém-nascidos cujo peso encontra-se entre os percentis 10 e 90 da curva. Pequeno para a idade gestacional (PIG), os que se encontram abaixo do percentil 10 e grandes para a idade gestacional (GIG): os que estão acima do percentil 90 (ANDRADE; CASTLHO, 2008).

O peso ao nascer deve ser aferido na primeira hora de vida, é um parâmetro mundialmente utilizado para analisar as condições de saúde do recém-nascido. Tal parâmetro é considerado como o indicador mais importante das condições de saúde e nutrição da população materno-infantil, uma vez que o baixo peso do bebê ao nascer é um importante fator de risco de morte ou adoecimento de crianças. Nos primeiros doze meses de vida, o peso ao nascer influencia diretamente o desenvolvimento e crescimento infantil, como também

aumenta a probabilidade de se adquirir inúmeras doenças durante a vida adulta. (GURGEL et al., 2005)

O peso pode ser determinante de vários aspectos relacionados à saúde de crianças. Segundo Passebon et al, em 2006, crianças com baixo peso ao nascer possuem maior probabilidade de apresentarem síndrome da morte súbita do lactente, deficiência no desenvolvimento cognitivo, função imune inadequada, grande risco de desenvolver diarreia aguda e pneumonia. Ainda segundo os mesmos autores, na vida adulta as crianças que nasceram com baixo peso podem apresentar maior risco de adoecimento e morte prematura por doença cardiovascular, hipertensão e diabetes quando comparadas àquelas nascidas com o peso adequado (PASSEBON et al., 2006).

Em relação aos fatores que contribuem para o peso do bebê, sabe-se que o desenvolvimento do mesmo está intimamente relacionado às condições intra-uterinas às quais o conceito foi exposto durante o período gestacional. Pesquisas anteriores demonstraram que o estado nutricional pré-gravídico e ao longo da gestação influenciam diretamente no peso do recém-nascido. Entre outros fatores associados ao peso ao nascer, tais estudos apontaram como fatores de risco para o baixo peso a ausência de companheiro, baixa escolaridade, ausência de consulta pré-natal, etilismo, nuliparidade, fumo na gestação, hipertensão arterial materna, sífilis e aspectos sociodemográficos desfavoráveis estão diretamente associadas ao baixo peso ao nascer em recém-nascidos a termo (MARANHA, 2004).

Algumas condições inerentes à gestação estão relacionadas ao baixo peso ao nascer, entre elas, a Restrição do Crescimento Intra-uterino (RCIU) e a baixa idade gestacional. A RCIU ocorre quando o feto não atinge o tamanho esperado, é clinicamente diagnosticado quando o peso do feto está abaixo do percentil 10 para a idade gestacional (SCLOWITZ e SANTOS, 2006). A inibição do crescimento fetal determina dois tipos de crescimento intra-uterino:

- *RCIU simétrico ou proporcionado (inibição no início da gestação): feto em crescimento contínuo, porém com padrão abaixo do normal, com potencial de crescimento limitado. Resulta em recém-nascido com circunferência cefálica, perímetro abdominal, comprimento e peso proporcionalmente reduzidos.*

- *RCIU assimétrico ou desproporcionado (inibição tardia): padrão de crescimento fetal lento, podendo até ser interrompido. O cérebro é relativamente preservado em relação aos demais órgãos. Resulta em Recém-nascido com medidas corpóreas desproporcionadas, menor comprimento da circunferência cefálica e maior do peso (SCLOWITZ; SANTOS, 2006).*

Os fatores de risco maternos podem estar associados a outros fatores que também desencadeiam a prematuridade e os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) quando há uma forte relação entre os fatores de risco pode ocasionar problemas perinatais que evoluem para o baixo peso ao nascer, podendo inclusive ser identificados durante a gestação (NASCIMENTO; GOTLIEB, 2001).

As **condições socioeconômicas** afetam direta ou indiretamente no desenvolvimento intra-uterino do feto, na duração da gestação e no seu peso ao nascer, está frequentemente associado ao parto prematuro e a restrição de crescimento intra-uterino (LANSKY et al., 2014).

Em relação a **Idade materna** do ponto de vista reprodutivo, a faixa etária associada a menor probabilidade de complicações maternas e perinatais está compreendida entre 20 a 25 anos (COSTA et al., 2002; GOTLIEB, 2001).

Já em relação a **Nutrição materna**, distúrbios carências afetam a qualidade de vida da mulher, possibilidade de sobrevivência do feto e o seu futuro desenvolvimento psicomotor. Em uma pesquisa realizada por Barroso (2008), concluiu que a restrição da ingesta proteica materna origina em recém-nascidos com menor peso corporal, afetando diversos órgãos. Neste contexto, a desnutrição materna leva diretamente a recém nascidos PIG, juntamente com as condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade precária e fatores culturais inadequados quanto à alimentação, para exercer um bom papel na explicação da prevenção do baixo peso ao nascer é adotar uma boa estratégia durante o pré-natal (BARROSO et al., 2008)

A importância da **Assistência ao pré-natal** bem estabelecida como um fator importante para prevenção e manejo de complicações no ciclo gravídico puerperal. Uma assistência inadequada está associada à maior incidência da prematuridade, conseqüentemente, ao baixo peso. Espera-se portanto, uma boa adesão ao pré-natal, uma vez que tal adesão está entre os indicadores de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde. (MASCARENHAS et al., 2006)

Durante o pré-natal, fatores de risco para a prematuridade, amniorrex prematura e corioamnite, como as **Infecções urinárias maternas** têm tratamento imediato pela equipe de saúde no pré-natal, desde a bacteriúria assintomática até as infecções clinicamente aparentes (MARANHA, 2004).

Os dados epidemiológicos brasileiros sobre natalidade têm como fonte o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 1990, este tem como documento básico a declaração de Nascido Vivo, que é padronizada em todo o Brasil, que obriga a todos os hospitais, públicos ou privados a fornecer a declaração de nascimento onde constem, as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato (PASSEBON et al., 2006).

A importância do estudo da ocorrência do peso ao nascer em uma determinada região nos fornece dados para que sejam implementadas ações que visam proporcionar a compreensão desse fenômeno, contribuindo para o desenvolvimento de ações que buscam melhores desfechos para as gestações, bem como direcionam os profissionais da saúde para uma melhor assistência ao pré-natal com o objetivo de minimizar os fatores de riscos que podem ser modificados (CARNIEL et al., 2008).

A grande complexidade do tratamento dessa nova população de pacientes requer o estudo de fatores associados aos nascimentos prematuros e de baixo peso, suas características e consequências para que sejam incorporadas novas práticas obstétricas e neonatais que ajudem na melhoria da sobrevivência sem sequelas devido ao nascimento prematuro ou de baixo peso (SANTOS et al., 2008).

O estudo sobre os fatores associados ao baixo peso ao nascer no Distrito Federal (DF) justifica-se pelo fato de a mortalidade infantil predominar, atualmente, na faixa neonatal, e a alta mortalidade nessa faixa etária está associado ao baixo peso ao nascer.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi descrever os nascimentos de mães residentes do Distrito Federal, no ano de 2013, a partir das variáveis do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo do estudo, período e local da análise

Trata-se de um estudo transversal analítico dos fatores associados ao baixo peso ao nascer de recém-nascidos do Distrito Federal do ano de 2013. O período da análise foi definido considerando os dados disponíveis mais recentes, para acesso público. O estudo foi realizado por meio dos arquivos reduzidos das Declarações de Nascidos Vivos, registradas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizadas publicamente pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (DATASUS)

O presente trabalho é um estudo do tipo observacional transversal que analisa comparativamente variáveis globais, correlacionando indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. (ALMEIDA FILHO, 2011)

2.2. Amostragem e população do estudo

Foi selecionada uma amostra da população de nascidos vivos no Distrito Federal, do ano de 2013, que segundo os dados do SINASC foi de 44.530 registros no sistema.

Para definição da amostra foi realizado um cálculo usando como parâmetros: uma prevalência esperada de fatores associados de 50%, considerando que desconhecemos tal prevalência no DF e tal pressuposto nos deu maior tamanho de amostra para detecção do prevalência e fatores associados. Além dessa prevalência, foi utilizado um nível de significância de 5% e uma precisão de +/- 4%. A partir da população total de 44.530 nascimento, foi calculada uma amostra de 593 registros. Para o cálculo amostra foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

2.3. Fonte de dados

Os dados utilizados no estudos foram provenientes do Sistema de Informação de Nascidos Vivos que disponibiliza os arquivos reduzidos das Declarações de Nascidos Vivos reduzida, disponível no Sistema de Informação Sobre Natalidade. O Download dos registros foi realizado a partir da página do DATASUS.

2.4. Variáveis e análise de dados

Foram analisadas as variáveis disponíveis no SINASC, relativas às características das mães, dos recém-nascidos, das gestações, dos partos e nascimento. Em relação às variáveis maternas descritas na Tabela 1, foram analisadas as faixa etárias (10 a 14 anos, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 ou mais), escolaridade (fundamental I, fundamental II, ensino médio, sem escolaridade, superior completo, superior incompleto), estado civil (casada, separada/divorciada, solteira e união estável) número de filhos vivos (0 a 3 filhos, 4 a 6, acima de 7), sexo do recém-nascido (feminino ou masculino), cor e raça da mãe (amarela, branca, parda, preta e negra)

Na Tabela 2, foram analisadas as variáveis e histórico gestacional, tais como, número de perdas fetais e abortos (nenhum, 1, 2 e 3), tipo de gravidez (única ou dupla), tipo de parto (cesárea ou vaginal), número de consultas pré-natal (nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 ou mais consultas), número de gestações anteriores (0 a 3, 4 a 6, 7 ou mais), houve indução no trabalho de parto (sim ou não), cesárea ocorreu antes (sim ou não), Apgar 1º minuto (com asfixia grave, com asfixia leve, com asfixia moderada, sem asfixia), Apgar 5º minuto (com asfixia grave, com asfixia leve, sem asfixia), semanas de gestação (22 a 27, 28 a 31, 32 a 36, 37 a 41, 42 ou mais semanas).

Na Tabela 3, foram incluídas variáveis dos fatores associados ao baixo peso ao nascer, tais como, tipo de unidade, abortos ou perdas fetais, tipo de gestação, tipo de parto, número de consultas pré-natal, apgar 1º minuto, apgar 5º minuto, raça/cor da mãe.

A análise da associação descrita na Tabela 4, foi feita por meio da Razão de Chances ou Odds Ratio (OR). Apesar de ser um estudo transversal, a Razão de Prevalência não seria adequada pois poderia dar uma superestimação do efeito. A preferência foi por uma abordagem mais conservadora.

A significância estatística foi analisada por meio dos Intervalos de Confiança (IC) da OR, sendo que toda vez que o número 1 (um), valor da nulidade, estiver incluído dentro do IC, esta associação foi considerada não significativa. Para as análises foram utilizados os softwares Microsoft Excel® e EpiInfo 3.5.3®.

4. RESULTADOS

Em 2013, foram registrados no SINASC 44.530 nascimentos com vida, de mães residentes no Distrito Federal. Para o presente estudo foram selecionados aleatoriamente 593 registros. Com relação as características maternas 48% das mães estava na faixa etária entre 20 a 29 anos, 273 (46%) tinha ensino médio completo, 237 (39,97%) eram solteiras, 332 (55,99%) se declararam da raça negra (preta ou parda) (Tabela 1)

Tabela 1. Descrição das características maternas e neonatais. Distrito Federal, 2013.

Faixa etária da mãe (anos)	N	%
10 a 14	1	0,17
15 a 19	75	12,65
20 a 29	285	48,06
30 a 39	220	37,10
40 ou mais	12	2,02
Escolaridade materna	N	%
Sem escolaridade	7	1,18
Fundamental I	16	2,70
Fundamental II	123	20,74
Ensino médio	273	46,04
Superior incompleto	44	7,42
Superior completo	116	19,56
Ignorado ou em branco	14	2,36
Estado civil	N	%
Casada	218	36,76
Separada/divorciada	5	0,84
Solteira	237	39,97
União estável	121	20,40
Ignorado ou em branco	12	2,02

Tabela 1. Descrição das características maternas e neonatais. Distrito Federal, 2013.

Número de filhos vivos	N	%
0 a 3	514	86,68
4 a 6	24	4,05
Acima de 7	5	0,84

Ignorado ou em branco	50	8,43
Sexo do recém-nascido	N	%
Feminino	274	46,21
Masculino	319	53,79
Cor e raça da mãe	N	%
Amarela	1	0,17
Branca	125	21,08
Parda	303	51,10
Preta	29	4,89
Ignorado ou em branco	135	22,77

Fonte: Sinasc, 2013

Com relação as características gestacionais e neonatais 421 (70,99%) das mães relataram nenhuma perda fetal anterior. A grande maioria 582 (98,15%) foram gestações únicas, e destaca-se 311 (52,45%) de nascimentos por parto cesárea e 71 (11,97%) nasceram com menos de 37 semanas de gestação. Quanto a vitalidade do recém-nascido, apenas 10 (1,69%) apresentaram algum grau de asfixia no quinto minuto de vida. Ressalta-se que 191 (32,20%) tiveram o número de consultas de pré-natal menor do que o recomendado pelo Ministério da Saúde (menos de 7 consultas) (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das características gestacionais e neonatais. Distrito Federal , 2013.

Número de perdas fetais e abortos	N	%
Nenhum	421	70,99
1	76	12,82
2	17	2,87
3	3	0,51
Ignorado ou em branco	76	12,82
Tipo de gravidez	N	%
Única	582	98,15
Dupla	9	1,52
Ignorado ou em branco	2	0,34
Tipo de parto	N	%
Cesárea	311	52,45
Vaginal	279	47,05
Ignorado ou em branco	3	0,51

Tabela 2. Descrição das características gestacionais e neonatais. Distrito Federal , 2013.

Número de consultas pré-natal	N	%
Nenhuma	34	5,73
1 a 3	41	6,91

4 a 6	116	19,56
7 ou mais	395	66,61
Ignorado ou em branco	7	1,18
Número de gestações anteriores	N	%
0 a 3	516	87,02
4 a 6	27	4,55
7 ou mais	10	1,69
Ignorada ou em branco	40	6,75
Houve indução no trabalho de parto	N	%
Sim	167	28,16
Não	348	58,68
Ignorado ou em branco	78	13,15
Cesárea ocorreu antes	N	%
Sim	147	24,79
Não	84	14,17
Não se aplica	279	47,05
Ignorado ou em branco	83	14,00
Apgar 1º minuto	N	%
Com asfixia grave	5	0,84
Com asfixia leve	61	10,29
Com asfixia moderada	6	1,01
Sem asfixia	516	87,02
Ignorado ou em branco	5	0,84
Apgar 5º minuto	N	%
Com asfixia grave	2	0,34
Com asfixia leve	8	1,35
Sem asfixia	578	97,47
Ignorado ou em branco	5	0,84
Semanas de gestação	N	%
22 a 27 semanas	4	0,67
28 a 31 semanas	7	1,18
32 a 36 semanas	60	10,12
37 a 41 semanas	500	84,32
42 semanas e mais	12	2,02
Ignorado ou em branco	10	1,69

Fonte: Sinasc, 2013

De um total dos 593 registros que foram analisados, 48 foram classificados com baixo peso, de acordo com o critério estabelecido no estudo (menor que 2.500 gramas) , fazendo uma prevalência de baixo peso de 5,4%.

Entre os 311 (52,4%) partos cesáreas, 24 (7,7%) crianças foram classificadas com baixo peso ao nascer.

A proporção de baixo peso ao nascer de acordo com as principais variáveis analisadas estão descritas na Tabela 3. As principais variáveis foram: estabelecimento de saúde público 32 (8,04%) nasceram com baixo peso. Vale ressaltar que a maioria dos registros de nascimentos ocorrem em estabelecimentos públicos. Quanto ao estado civil materno observou-se grande destaque para as mães solteiras em relação ao baixo peso ao nascer 25 (10,54%) tiveram filhos com baixo peso. Das mães que tiveram menos de sete consultas de pré-natal, que foram 191, 21 (10,99%) tiveram filhos com baixo peso.

Tabela 3. Proporção de baixo peso ao nascer em relação às variáveis estudadas. Distrito Federal, 2013.

Tipo de estabelecimento de saúde	Baixo peso				
	Sim	%	Não	%	Total
Particular	16	33,33	169	31,01	185
Público	32	66,67	366	67,16	398
Outros	0	0,00	5	0,92	5
Ignorado	0	0,00	5	0,92	5
Total	48	100,00	545	100,00	593
Estado civil da mãe	Baixo Peso				
	Sim	%	Não	%	Total
Casada	11	22,92	207	37,98	218
Ignorado		0	4	0,73	4
Separada/divorciada	1	2,08	4	0,73	5
Solteira	25	52,08	212	38,90	237
União estável	10	20,83	111	20,37	121
Em branco	1	2,08	7	1,28	8
Total	48	100,00	545	100,00	593
Número de filhos vivos	Baixo peso				
	Sim	%	Não	%	Total
0 a 3	44	91,67	470	86,24	514
4 a 7	2	4,17	26	4,77	28
Acima de 8		0	1	0,18	1
Em branco	2	4,17	48	8,81	50
Total	48	100,00	545	100,00	593

Tabela 3. Proporção de baixo peso ao nascer em relação às variáveis estudadas. Distrito Federal, 2013.

Tipo de parto		Baixo peso			
	Sim	%	Não	%	Total
Cesáreo	24	50	287	52,66	311
Vaginal	24	50	255	46,79	279
Em branco			3	0,55	3
Total	48	100	545	100,00	593
Número de consultas pré-natal		Baixo peso			
	Sim	%	Não	%	Total
Nenhuma	4	8,33	30	5,50	34
De 1 a 3	8	16,67	33	6,06	41
De 4 a 6	9	18,75	107	19,63	116
7 ou mais	25	52,08	370	67,89	395
Ignorado	2	4,17	5	0,92	7
Total	48	100,00	545	100,00	593
Apgar primeiro minuto		Baixo peso			
	Sim	%	Não	%	Total
Sem asfixia	27	56,25	489	89,72	516
Com asfixia leve	17	35,42	44	8,07	61
Com asfixia moderada	1	2,08	5	0,92	6
Com asfixia grave	2	4,17	3	0,55	5
Em branco	1	2,08	4	0,73	5
Total	48	100,00	545	100,00	593
Apgar quinto minuto		Baixo peso			
	Sim	%	Não	%	Total
Sem asfixia	42	87,50	536	98,35	578
Com asfixia leve	4	8,33	4	0,73	8
Com asfixia grave	1	2,08	1	0,18	2
Em branco	1	2,08	4	0,73	5
Total	48	100,00	545	100,00	593
Semanas de gestação		baixo peso			
	Sim	%	Não	%	Total
22 a 27	4	8,33		0	4
28 a 31	6	12,50	1	0,18	7
32 a 36	21	43,75	39	7,16	60
37 a 41	16	33,33	484	88,81	500
42 semanas ou mais		0,00	12	2,20	12
Em branco	1	2,08	9	1,65	10
Total	48	100,00	545		593

Fonte: Sinasc, 2013

Na Tabela 4 está apresentada a pesquisa dos fatores associados ao baixo peso ao nascer (tipo de unidade de saúde, privada em relação a outras; história de aborto ou perdas fetais; tipo de parto cesárea em relação a outros; menos de sete consultas de pré-natal em relação a outros; apgar no primeiro e no quinto minuto, com asfixia em relação a sem asfixia; e raça/cor da mãe negra em relação a outras). Foi encontrada associação positiva com baixo peso ao nascer o nascimento em unidade privada, número de consultas de pré-natal inferior a sete, asfixia no primeiro e no quinto minuto e raça/cor negra. Entretanto apenas a associação das variáveis asfixia no primeiro e no quinto minuto foram estatisticamente significativas.

Tabela 4. Análise dos fatores associados ao baixo peso ao nascer. Distrito Federal. 2013

Tipo de Unidade	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
Privada	16	33,33	169	31,01	185	31,2	1,11	0,59-2,08
Outras	32	66,67	376	68,99	408	68,8		
Total	48	100	545	100	593	100		
Aborto ou perdas fetais	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
Sim	7	14,58	89	16,33	96	16,19	0,87	0,38-2,01
Não	41	85,42	456	83,67	497	83,81		
Total	48	100	545	100	593	100		
Tipo de parto	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
Cesárea	24	50,00	287	52,95	311	52,71	0,88	0,49-1,60
Outras	24	50,00	255	47,05	279	47,29		
Total	48	100	542	100	590	100		
Consultas Pré-natal	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
< de 7 consultas	21	43,75	170	31,19	191	32,21	1,71	0,94-3,12
> de 7 consultas	27	56,25	375	68,81	402	67,79		
Total	48	100	545	100	593	100		
Apgar primeiro minuto	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
Com asfixia	20	41,67	52	9,54	72	12,14	12,55	3,49-45,07
Sem asfixia	28	58,33	493	90,46	521	87,86		
Total	48	100	545	100	593	100		

Tabela 4. Análise dos fatores associados ao baixo peso ao nascer. Distrito Federal. 2013

Apgar quinto minuto	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
Com asfixia	5	10,42	5	0,92	10	1,69	12,55	3,49- 45,07
Sem asfixia	43	89,58	549	98,08	583	98,31		
Total	48	100	545	100	593	100		
Raça/Cor mãe	Baixo peso				Total	%	OR	IC 95%
	Sim	%	Não	%				
Negra/par da	29	60,42	303	55,60	10	1,69	1,21	0,66- 2,22
Outras Raças	19	39,58	242	44,40	583	98,31		
Total	48	100	545	100	593	100		

Fonte: Sinasc,2013

5. DISCUSSÃO

Na população-objeto do presente estudo, foram analisados os nascidos vivos no Distrito Federal, por meio de um estudo amostral no ano de 2013, o peso de nascimento variou de 620 até 5280 gramas. A prevalência de baixo peso ao nascer foi de 5,4%, uma prevalência menor do que a apresentada em vários estudos realizados no Brasil. Gurgel et al.,2005, encontrou uma prevalência de 7,2% na cidade de Aracaju – SE; Silva et al., 2010, encontrou uma prevalência de 8,6% em São Luiz - MA e Leal et al., 2012, em um estudo nacional em 191 municípios durante 18 meses identificou 8,5% de nascimentos com baixo peso (GURGEL et al., 2005; SILVA et al., 2011 e LEAL; GOMES; CUNHA, 2012)

O baixo peso ao nascer destaca-se como um importante indicador de análise dentre outros fatores, a qualidade que foi prestada à mulher durante a gestação, e a qualidade de vida e saúde materna que interfere diretamente no desenvolvimento da criança (TREVISAN et al., 2002).

Em uma revisão sistemática realizada por Pedraza (2012) 15 variáveis foram associadas ao baixo peso ao nascer. Idade materna, número de consultas de pré-natal, sexo da

criança, duração da gestação e escolaridade materna foram as variáveis estaticamente significativas, no presente estudo apesar das variáveis nascimento em unidade privada, menos que sete consultas pré-natal, asfixia no primeiro e no quinto minuto e raça/cor terem sido positivamente associadas ao baixo peso, apenas a asfixia foi estaticamente significativa. A definição de baixo peso utilizada neste estudo foi a de crianças com peso ao nascer menor que 2.500 gramas, não tendo sido possível a análise da adequabilidade do peso de acordo com a idade gestacional. Este aspecto pode ter subestimado as associações encontradas (PEDRAZA, 2012).

Este estudo apresenta algumas limitações. A definição de baixo peso, ao não considerar a adequabilidade em relação a idade gestacional pode ter subestimado a prevalência de baixo peso ao nascer. Outra limitação foi a precisão utilizada para o cálculo amostral, que foi de 4 %. Uma precisão maior daria maior poder estatístico para identificar outros fatores associados. E, não foram analisados possíveis confundimentos e interações entre as variáveis.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção ao pré-natal é indispensável para a identificação e tratamento das gestantes com risco de terem filhos com baixo peso ao nascer, além disso, a melhoria da qualidade da assistência e a realização efetiva do número recomendado de consultas pré-natal são ações que devem ser aplicadas a todos os grupos de mães vulneráveis ao problema.

Ações de educação em saúde e planejamento familiar são importantes para prevenir a gestação na adolescência e gravidez indesejada em qualquer faixa etária, a apropriação desse conhecimento contribui para a redução de situações indesejáveis e agravos à saúde, bem como de suas consequências, entre estas, o baixo peso ao nascer.

O baixo peso ao nascer causa grande impacto no crescimento, desenvolvimento e na qualidade de vida da criança, pois as crianças que apresentam BPN constituem um grupo de risco para a mortalidade neonatal e infantil. A prevenção e intervenções sobre os fatores associados ao BPN são indispensáveis para amenizar o problema.

No presente estudo a prevalência encontrada de baixo peso ao nascer foi de 5,4% foi menor do que a encontrada em vários locais do Brasil e tal fato é um aspecto positivo para o Distrito Federal, pois pode denotar uma boa qualidade na assistência direta prestada às

gestantes e aos recém-nascidos. Algumas variáveis importantes estiveram associadas sem significância estatística, a exemplo do tipo de unidade de saúde privada, menos que sete consultas de pré-natal e raça/cor da mãe. Estes fatores precisam ser melhor estudados por meio de estudos multivariados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar, and BARRETO, Mauricio L. Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações. **Guanabara Koogan**, 2011.

ANDRADE, C.L.T.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p.2564-2572, nov. 2008.

BARROSO, G. S.; SICHIRI, R.; SALLES-COSTA, R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v11 n.3, p 484-94, jul./set. 2008.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S.M.; JUNQUEIRA, V.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materna-infantil.**, Recife, v.6, n.2, p.223-29, abr./jun. 2006

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ANTÔNIO, M. A. R. G. M.; MORCILLO, A. M. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 169-79, jan./ mar. 2008.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. T.; SOBRINHO, C. L. N.; FREITAS, J. O.; FERREIRA, K. A. S. L.; SILVA, M. A.; PAULA, B. L. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 715-722, mai./jun. 2002.

COIMBRA, L. C. O. Fatores associados à inadequação do uso da assistência neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, São Paulo, v.18. n.3, p.715-722, mai./jun. 2002.

GOTLIEB, S. L. D. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **Informe Epidemiológico do SUS, Brasília**, v.10, n.3, p. 113120, set. 2001.

GURGEL, R. Q.; DIAS, L. M. O.; FRANÇA, V. L. A.; CASTAÑEDA, D. F. N. Distribuição espacial do baixo peso ao nascer em Sergipe, Brasil, 1995/1998. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1329-1337, set./out. 2005.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. D. L.; SILVA, A. A. M. D.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, D. D. A.; CARVALHO, M. L. D.; FRIAS, P. G.; CAVALCANTE, R. S.; CUNHA, A. J. L. A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, ago. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades sociodemográficas e suas Consequências sobre o peso do recém-nascido. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40; n. 3, p.466-473, mai./ jun.2006

MARANHA, L. K. Condicionantes maternos e crescimento de crianças de baixo peso ao nascer: um estudo longitudinal. Campinas: **UNICAMP**, 2004. Tese (doutorado em saúde coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.2, p.175-181, abri./jun. 2006).

NASCIMENTO, L. F. C.; GOTLIEB, S. L. D. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações de Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. Informe **Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n3. p.113-120, set. 2001.

PASSEBON, E.; BLOCH, K. V.; KALE, P. L.; COELI, C. M. Associação entre peso ao nascer e mortalidade infantil no Município de Campos dos Goytacazes – RJ. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p.283-296, fev. 2006.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): análise crítica da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, out. 2012.

SANTOS, G. H. N. et al. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p. 224-31, mai. 2008.

SCLOWITZ, L. K. T.; SANTOS, I. S. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1129-1136, jun. 2006.

SILVA, L. P.; MOREIRA, M. M. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S.; ZANDONADE, E. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 2011-2020, jul. 2011.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.24, n.2, p.239-9, mar. 2002.